|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **T.C.**  **KAMU HASTANELERİ KURUMU …İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ/ÜNİVERSİTE**  **…. HASTANESİ**  **DOKU TİPLEME LABORATUVARI**  **“ÇAPRAZ KARŞILAŞTIRMA, XM” TETKİK SONUÇ RAPORU**  (Laboratuvar Ruhsat No: ………..…) | | | | | | | | | | | **LOGO** |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Hastanın Adı Soyadı | | | | | Testi İsteyen:  **Uzm. Dr. Adı Soyadı**  **Birimi / ……… Hastanesi**  Yakınlık: Kadavra: | | | | | | | | | |
| Yaşı, Cinsiyeti | | | | |
| Protokol/Dosya No: | | | | |
| Verici Adı Soyadı | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Doku Tipleme Laboratuvar Ünitesi** | | | | Hasta Hücre Numune No: |  | | Hücre Numune Alma: | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | | Numune kabul: | | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | |
| Hasta Serum Numune No: |  | | Serum Numune Alma: | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | | Numune kabul: | | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | |
| Verici Hücre Numune No: |  | | Hücre Numune Alma: | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | | Numune kabul: | | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | |
| Hücre Canlılığı:% | **T Lenfosit** | **B Lenfosit** | | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | |  | |  | | |
|  |  | |
| Hücre Saflaştırma Yöntemi: |  | |  |  | | | Uzman Onay: | | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | |
| **Tarih:** | | | | **CDC\_XM (Sitotoksisite Yöntemi ile Çapraz Karşılaştırma ) SONUÇU** | | | | | | | | | | |
| **T Lenfosit** | | | | | **B Lenfosit** | | | | | |
| **Yöntem** | | | | **pozitif/negatif** | | **Skor (0-8)** | | | **pozitif/negatif** | | | **Skor (0-8)** | | |
| **CDC-XM** | **DTTsiz** | | |  | |  | | |  | | |  | | |
| **CDC-XM** | **DTTli** | | |  | |  | | |  | | |  | | |
| **CDC-XM** | Dilusyon\* | | |  | |  | | |  | | |  | | |
| **CDC-XM** | Dilüsyon \* | | |  | |  | | |  | | |  | | |
| **CDC-XM** | OTOLOG | | |  | |  | | |  | | |  | | |
| **\*: Uygulanan Dilüsyon oranı yazılır** | | | | | | | | | | | | | | |
| **AÇIKLAMA:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tetkik Adı** | | | | **FCM –XM (Akan Hücre Ölçer ile Çapraz Karşılaştırma) SONUÇU** | | | | | | | | | | |
|  |  | | | **T Lenfosit** | | | | | | **B Lenfosit** | | | | |
|  |  | | | **Pozitif / negatif** | | | | | | **Pozitif / negatif** | | | | |
| FCM –XM | Dilüsyon yok | | |  | | | | | |  | | | | |
| FCM –XM | Dilüsyon \* | | |  | | | | | |  | | | | |
| FCM –XM | Dilüsyon \* | | |  | | | | | |  | | | | |
| FCM –XM | OTOLOG | | |  | | | | | |  | | | | |
| **\*: Uygulanan Dilüsyon oranı** | | | | | | | | | | | | | | |
| DTL Sorumlusu/ Sorumlu Yardımcısı  **Adı Soyadı** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kurum Adresi: ……………………………………………  Tel: … Fax: ……………. Kurum Web Adresi:… e-posta:…. | | | | | | | | | | | | | | |